Rok XXXII. Kraków, 24. Czerwca 1893. Nr. 25.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pérès.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pérès, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. W sprawie krwotoków płucnych.

(Według wykładu na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak.)

Podał
Prof. Dr. Gluziński.

Odkrycie prątka Kocha, jako przyczyny gruźlicy, obok tylu spraw ważnych, rozstrzygnęło także i sprawę t. zw. *phthisis ab haemoptoë*, która od czasów Hipokratesa, Galena aż do naszych utrzymywała się stale a przez wystąpienie Niemayera doznała nowej podpory. Dziś wszyscy jesteśmy przekonani, że wylanie się krwi do płuc nie może w nich wywoływać zmian gruźliczych, że zawsze, gdzie po nich rozwinęła się gruźlica, była ona już przedtem, chociaż niedostępna do wykazania dla środków naszego badania i stanowiła przyczynę krwotoku płucnego a nie jego następstwo. Jeżeli tę sprawę cięciem miecza rozstrzygnięto, to pozostaje do rozważania sprawa druga, bardzo ważna z wielu względów, t. j. czy krew wylana do płuc nawiedzonych w mniejszym lub większym stopniu gruźlicą, jest dla tych płuc czynnikiem obojętnym, czy wywołuje zmiany; jeżeli wywołuje, to jakie, jaki wpływ wywierają one na samą sprawę gruźliczą w płucu a więc pośrednio i na stan chorego?

Przed r. 1882, przed odkryciem prątka Kocha, kwestyi tej jasno nie można było postawić, t. j. do chwili, w której rozstrzygniętą nie została wyżej wspomniana sprawa *phthisis ab haemoptoë*, bo, jak z jednej strony przypisywano wszystko, co znaleziono w płucu, wylanej krwi — tak z drugiej zaprzeczano jej wszelkiego znaczenia; uważano ją za czynnik zupełnie obojętny. Gdy odkrycie Kocha odebrało podstawę zasadniczą twierdzeniu pierwszych, pozostało po większej części twierdzenie drugich, poparte przeważnie doświadczeniami na zwierzętach, o których niżej wspomnę. Że tak jest, dość przejrzeć mniejsze lub większe dzieła, czy to podręczniki czy specyalne, jak sprawie tej względnie mało poświęca się uwagi. A tymczasem, zdaniem mojem, sprawa ta nie jest jeszcze dostatecznie rozstrzygniętą.

Trzy są drogi, któremi dążąc, możnaby sprawę rozjaśnić, t. j. badanie anatomo-patologiczne, obserwacya kliniczna i doświadczenia na zwierzętach. Pierwsza nie łatwo doprowadzić może do wyniku, gdyż z jednej strony rzadko możemy przedsięwziąć podobne badania a z drugiej, jak trudno ocenić, które zmiany są wynikiem wylania się krwi a które następstwem innych przyczyn. Punktem wyjścia musi być obserwacya kliniczna, która też dała mi pobudkę do tej pracy a rozjaśnienia zdobytych faktów szukać trzeba w doświadczeniu na zwierzętach.

Materyałem najlepszym do obserwacyi klinicznej były dla mnie przypadki z nieznacznemi zmianami gruźliczemi w szczytach płuc, bez gorączki, których stan znałem dobrze tak przed krwotokiem, jak podczas niego i dłuższy czas potem.

Pomijając nieznaczne krwioplucia, lub nagłe, które w kilku minutach lub w 1—2 dni kres życiu położyły, inne przypadki możemy podzielić na kilka grup.

I. W jednych po krwotoku mimo skrupulatnego badania nie znajdujemy żadnej nowej zmiany ani w obszarze pierwotnie zajętego miejsca, ani w innych częściach płuca; stan stale bezgorączkowy, czyli nie mamy żadnej podstawy do przypuszczenia, aby krwotok wywarł jakikolwiek większy wpływ. Przypadki to bardzo częste.

II. W drugich badając w kilka lub kilkanaście godzin po rozpoczęciu się obfitego krwotoku można wykazać w rozmaitych częściach płuca, już to koło wnęki, już to w okolicy pierwotnego nacieku z przodu a najczęściej w dolnym płacie z tyłu jednego lub obydwóch płuc miejsca, w których odgłos wypukowy był przytłumiony lub zupełnie stłumiony; oddech osłabiony lub zupełnie zniesiony, skąpe lub liczniejsze, najczęściej drobne, jednak i grubsze rzężenia. Łatwo było sobie wytłómaczyć co dopiero opisane zmiany aspiracyą krwi wylanej do pęcherzyków płucnych i odpowiednich

oskrzeli. Przebieg dalszy całego stanu i zmian powstałych w płucu układa się następnie rozmaicie; już to stłumienia te świeżo powstałe po kilku, częściej po kilkunastu dniach po woli jawnieją, szmery stają się wyraźniejsze, rzężenia występują wtedy obficie, powoli zmniejszając się nikną, chory wypluwa plwocinę już bez domieszki barwika krwi; stan przez cały ten czas bezgorączkowy lub czasami podgorączkowy i chory przedstawia stan płuc taki, jaki przed krwotokiem lub też pozostaje w tem miejscu nieznaczne przytłumienie. Przypadki to znów częste.

III. W innych razach sprawa nie odbywa się tak gładko. Na drugi, trzeci lub późniejszy dzień rozpoczyna się stan gorączkowy, nieraz bardzo wysoki a zwracając uwagę na miejsca nowych stłumień, przekonywamy się, że stłumienia nie jawnieją, lecz nawet stają się wyraźniejsze, mimo, że krwotok już ustał, i zajmują większą powierzchnię; szmer oddechowy z nieoznaczonego po kilku dniach może przejść w oskrzelowy; występują bardzo liczne, drobne rzężenia, niekiedy pojawia się tarcie opłucnowe, stan gorączkowy z torem nieregularnym utrzymuje się stale a trwać to może tygodnie całe. W pewnej liczbie przypadków sprawa przyjmuje obrót zwolna pomyślniejszy, gorączka obniża się, stłumienia zaczynają się zmniejszać, szmer oskrzelowy przechodzi w pęcherzykowy, rzężenia powoli nikną i chory osłabiony bardzo, jak po ciężkiej chorobie, powraca do stanu, w jakim go spotkał krwotok.

IV. W pewnej znów liczbie nie wszystkie miejsca wyżej wspomniane wracają *ad integrum*; pewna ich część, zwłaszcza w sąsiedztwie pierwotnego nacieku pozostaje stale stłumioną w tym samym stopniu lub mniej niż pierwotnie; rzężenia trwają, stan gorączkowy w mniejszym lub większym stopniu trwa dalej, jednem słowem mamy klinicznie powiększenie się pierwotnego nacieku.

V. W reszcie znów przypadków z rozsianych ognisk żadne nie niknie; owszem przybywają coraz nowe; tor gorączkowy przyjmuje nieraz obraz gorączki hektycznej i cały obraz odpowiada dalszym przebiegiem temu, jaki zwykliśmy nazywać suchotami galopującemi (*phthisis florida*).

To w krótkich słowach szkic obrazów, jakie zdarza nam się widzieć po krwotokach.

Wyraz zaś anatomiczny dla zmian klinicznych, co dopiero opisanych, byłby następujący: Krew aspirowana podczas krwotoku do płuc zajmuje pewne partye pęcherzyków i oskrzeli; ztąd stłumienie, osłabienie lub zniesienie szmerów oddechowych, wogóle obraz niedodmy. W znacznej części przypadków, krew ulega resorbcyi, odgłos jawnieje, szmer staje się wyraźniejszy, pojawiają się rzężenia; utrzymywanie się jednak długie nieraz rzężeń w tych miejscach i to rzężeń różnobańkowatych, gdy plwocina nie zawiera już śladu barwika krwi, wskazywałoby, że krew wylana w tych miejscach przecież sprowadziła zmiany odpowiadające częściowo niedodmie (*atelectasis*) i jakiejś sprawie nieżytowej na błonie śluzowej oskrzeli (*bronchitis*), które powoli ustępują. Pozostawanie czasami w tych miejscach stałego przytłumienia świadczyłoby o jakiejś stalszej zmianie. Sprawy te pośrednio w niektórych przypadkach dają podstawę do rozwinięciu się sprawy zapalnej nawiedzonych miejsc z przebiegiem klinicznym odpowiadającym zapaleniu płuc nieżytowemu a naciek ztąd powstały raz się rozdziela i ulega wessaniu częściowo lub w całości; innym razem stanowi przydatny grunt do rozwoju zarazka gruźliczego, który dostał się tam albo wraz z aspirowaną krwią lub też później. Tak przedstawialaby się sprawa kliniczna i takby ją należało pojąć.

By zyskać dla tego pojmowania podstawę, trzebaby przedewszystkiem udowodnić, że krew wylana do płuc rzeczywiście może dać podstawę do rozwinięcia się podobnych spraw chorobowych; trzeba się przekonać, czy ta krew jest czynnikiem obojętnym czy też nie. Badania anatomo-patologiczne tylko w bardzo szczęśliwych okolicznościach mogłyby dostarczyć odpowiedzi, jak to już wspomniałem; dlatego musi tu rozstrzygać doświadczenie na zwierzętach. W tę stronę zwrócono też i usiłowania.

Dotychczasowe badania były robione przed r. 1882, t. j. przed odkryciem prątka Kocha a miały za zadanie głównie rozstrzygnięcie sprawy *phthisis ab haemoptoë*. Oczywiście, że sprawy tej nie rozstrzygnęły a właściwie dały wynik ujemny, jak dać powinny. Nas tu jednak będzie obchodzić pytanie, czy prace te wykazały zmiany, w danym razie jakie, po wylaniu się krwi do płuc?

Przejdźmy je kolejno. (C. d. n.)

II. Przypadek róży zgorzelinowej moszen bez wytrzebienia.

Podał
Leon Rutkowski,
lekarz w m. Płońsku w płockiej gubernii.

Umieszczony w Nr. 19. *Przeglądu lekarskiego* opis przypadku róży zgorzelinowej, zakończonej wytrzebieniem, zachęca mię do podania wiadomości o prawie takiem samem cierpieniu, obserwowanem przeze mnie w końcu roku zeszłego. Nie ośmieliłbym się nudzić kolegów opisem obserwacyi z konieczności niezbyt dokładnej, gdyby nie ta okoliczność, że, pomimo wszelkich pozornych wskazań kastracyi nie zrobiłem a dalszy przebieg choroby dowiódł, żem postąpił w danym przypddku nieźle.

18. listopada 1892 roku zawezwano mię do odległego o 10 wiorst miasteczka Sochocina do chorego izraelity S. Przyjechawszy, zastałem człowieka jeszcze młodego, około 35 lat, budowy dosyć silnej, z wyrazem dotkliwego cierpienia na twarzy. Temperatura 40·4, oddech 36, tętno 120; w narządach wewnętrznych zmian przedmiotowych żadnych; moszna wielkości głowy dziecka, pokryte skórą czerwoną, obrzękłą, z sinemi gdzieniegdzie plamami. Zaczerwienienie i obrzęk skóry zachodzi na pośladki i w pachwiny; prącie również obrzękłe, skóra jednak na niem blada. Jądra i przyjądrza wskutek wielkiej bolesności i obrzmienia powłok trudne do zbadania; wydają się jednak wcale nie lub co najwięcej zaledwie nieco obrzękłe. Chory skarży się na znaczne osłabienie, ból głowy, brak snu i rozwolnienie. Z wywiadów przytoczono mi, że z wyjątkiem osutek chorób żadnych prawie innych nie przechodził; na długi czas przed opisaną chorobą był zupełnie zdrów, bezpośrednio zaś przed nią spotkał go wypadek następujący. Tradycyonalnym a miłym widocznie zwyczajem wylał S. pomyje z szaflika przed dom a było to podczas grasującej gdzieniegdzie w Królestwie cholery. Nieszczęście chciało, że to widział jakiś żołnierz, który kazał towarzyszom swym winnego wziąć za głowę i nogi i pośladkami wytrzeć wylane pomyje. Wykonano to z wielką energią i obrażono przy tej czynności moszna.

Ból jednak pacyent nasz czuł niezbyt wielki i to zaledwie kilka dni. W tydzień po tem zdarzeniu wyjechał chory do Warszawy, bawił tam czas jakiś a podczas powrotu doznawał już szalonego bólu w mosznach. Położył się do łóżka na 3 czy też na 4 dni przed moją wizytą. Leczenie (pierwotnie domowe) polegało na okładach ciepłych, później zimnych, wreszcie na nakadzaniu kamforą z porady miejscowego rabina.

Wobec wyżej opisanego stanu chorego zapowiedziałem otaczającym, że prawdopodobnie skóra częściowo ulegnie zgorzeli; co zaś do leczenia, to kazałem podniesione moszna i części zajęte przez różę okładać maścią waselinową z 5% domieszką karbolu i 10% jodoformu, ze względu zaś na bóle w brzuchu i w głowie, rozwolnienie i brak snu zaleciłem używanie nastoju makowcowego trzy razy dziennie po 10 kropel. 21. listopada wezwano mię do chorego po raz drugi; temperatura 39·7, oddech i puls jak poprzednio, chory w nocy majaczył, obecnie senny. W mosznach ból mniejszy; zaczerwienienie posuwa się nieco dalej na pośladki; dawne sine plamy nabierają zabarwienia szarożółtawego, cała skóra nieco bledsza, na ucisk mało czuła. Opatrzenie jak poprzednio. 29. listopada zastałem chorego w stanie następującym: Temperatura 38·3, oddech 28, tętno 100. Podmiotowo czuje się znacznie lepiej, senność ustąpiła, rozwolnienie również. Po zdjęciu opatrzenia okazało się, że całe moszna uległy zgorzeli; po odjęciu zmartwiałych powłok przedstawił mi się obraz, opisany przez kolegę Gąsiorowskiego: przegroda zniszczona, jądra, każde oddzielnie, wisiały na wydłużonych sznurkach nasiennych zupełnie nagie. Zastanowiłem się, co robić w danym przypadku. O pozostawieniu chociażby jednego jądra i o pokryciu go skórą nie mogło być nawet mowy, gdyż zaledwie z prawej strony mieliśmy kawałek skóry około 1 cm. długości a 4 cm. szerokości, z lewej zaś strony i z tyłu prawie do samego otworu stolcowego wszystka była zniszczona. Kastracya i pozbawienie młodego człowieka zdolności płodzenia mało przemawiały do mego przekonania; z drugiej zaś strony obawiałem się, że w najlepszym nawet razie ucisk tkanki bliznowatej wywoła prawdopodobny zanik jąder, a co ważniejsza, może nieznośne bóle. Ostatecznie zdecydowałem się na kilkodniową jeszcze obserwacyę, bo przecież wytrzebienie z łatwością wykonać będzie można i w późniejszym też czasie. Choremu zaleciłem codziennie przestrzykiwanie rany przegotowaną i ostudzoną słoną wodą i opatrywanie maścią wazelinową z 2% kwasu borowego i 10% jodoformu. Do dnia 14. grudnia otrzymywałem tylko ustne relacye, brzmiące jednostajnie, że chory czuje się zdrowym i że „wszystko“ goi się dobrze. Dnia 14. grudnia będąc w Sochocinie u innego chorego, zajrzałem i do S. Stan bezgorączkowy; bólów żadnych; podmiotowo czuje się bardzo dobrze. Sznurki nasienne skurczyły się; jądra przyciągnięte ku międzykroczu, pokryte tkanką bliznowatą; z boku nieco narasta na jądra zdrowa skóra, lecz na bardzo małym obszarze. Kazałem opatrywać w dalszym ciągu wazeliną z 3% domieszką kwasu borowego. 21. grudnia byłem znów w Sochocinie, ale tym razem chorego już w łóżku nie zastałem. Chory zupełnie swobodnie chodzi, bólów żadnych nie doznaje. Jądra w dolnej połowie pokryte tkanką bliznowatą nieprzesuwalną, z boków zaś skórą prawidłową. Od tej pory chorego nie widziałem; mówiono mi tylko, że jest zupełnie zdrów; przypuszczam, że przebyte cierpienie rzeczywiście żadnych dolegliwości po sobie nie pozostawiło; w innym bowiem razie niezawodnie udałby się do mnie o radę.

Mniej więcej w tymże czasie jeden z moich kolegów (Kal.) obserwował podobny przypadek u 80-letniego starca izraelity. I w danym przypadku całe moszna a nawet skóra na prąciu (częściowo) uległa zgorzeli; wytrzebienia nie robiono a chory jednak obecnie zadowolony z wyniku leczenia, chodzi nieraz po 3 mile dziennie i czuje nieco bólu tylko wtenczas, gdy mu jądra mocniej zziębną. Dodać jednak muszę, że oglądając dopiero co wspomnianego chorego zauważyłem na bliźnie 3 dosyć duże ogniska skóry zupełnie zdrowej, co dowodzi, że w danym przypadku zgorzel moszen nie była zupełną, tembardziej, że odejmowano moszna w rozmaitych porach częściowo.

Przytoczone przeze mnie przypadki dają, mojem zdaniem, lekarzowi prawo a może nawet w podobnych do mego przypadkach i niejako nakazują wstrzymywać się z rękoczynem mało znaczącym pod względem chirurgicznym, ważnym jednak dla chorego ze względu na kalectwo i na pośmiewisko, którego zwykle przedmiotem staje się człowiek pozbawiony jąder. Ciekawą było do zbadania rzeczą, czy pokryte blizną jądra nie tracą odpowiedniej sobie funkcyi; nie udało mi się jednak tego dotąd sprawdzić; mój bowiem przypadek zbyt jest jeszcze świeży. Kolega Gąsiorowski pomiędzy wskazówkami do kastracyi przytacza też obawę długiego ropienia; powód to dosyć ważny dla lekarza; zwykle jednak spotykamy się z zupełnie innemi zapatrywaniami się chorego i otaczających, których życzenia w takich razach uwzględniać chyba powinniśmy tem bardziej, że, jak się okazuje z mojego przypadku, cała choroba, to jest róża wraz z gojeniem się obszernej rany trwać może zaledwie pięć tygodni.

III. Wstęp do nauki o chorobach umysłowych.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 5. maja 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Wola tego „ja następowego“ jest bardzo rozległa i bardzo rozmaita a zależy od jego treści, która u każdego człowieka jest różną. Każdy człowiek ma odrębne zasady, odrębne myśli i dążności, każdy co innego uważa za najważniejszy cel swego życia; ztąd wola objawiająca się w czynach człowieka jest różna i to różna nie tylko u różnych ludzi, ale różna także u tego samego człowieka a zależy każdym razem od tego, czem osoba w danej chwili jest najbardziej zajęta. Zawsze jednak wola człowieka t. j. jego czyny czyli ruchy dowolnie skierowane ku pewnemu z góry określonemu i zamierzonemu celowi, zależą od kojarzenia wszystkich czynności wchodzących w zakres jego całego życia umysłowego. Poczucie, świadomość i wola są więc nierozłączne ze sobą, chociaż u różnych ludzi a nawet u tego samego człowieka wśród różnych okoliczności różnie na zewnątrz się objawiają. W chorobach umysłowych różnice te tem bardziej występują a różne choroby umysłowe cechują się często właśnie różnemi zmianami w zakresie wymienionych działów życia umysłowego. Jak już niejednokrotnie wspomniałem, wola człowieka zależy od jego świadomości

czyli wiedzy a świadomość ta czyli wiedza tworzy się i rozwija przez gromadzenie coraz większej ilości wrażeń zmysłowych. Od czynności zmysłów zależy przeto treść i rozmiar świadomości. Im kto mniej wrażeń przez zmysły otrzymuje, tem bardziej ograniczoną będzie jego świadomość t. j. wiedza, a najbardziej to widzimy u osób pozbawionych już od urodzenia pewnych zmysłów.

Zebrane w ciągu życia za pomocą zmysłów poczucia i wyobrażenia ustalają się, jak wiadomo, w ośrodkach kory mózgowej i mogą być w każdej chwili całkowicie lub częściowo odtworzone w wyobraźni, jeżeli nie zatarły się w pamięci.

Człowiek żyjąc zawsze w towarzystwie innych ludzi, potrzebuje często porozumiewać się z nimi i wyrażać to, co mu się przedstawia. Do wyrażenia tego służy mowa. Jak badania wykazują, mowa ludów dziś jeszcze zostających na bardzo nizkim stopniu umysłowego rozwoju, zbliżającego się do stanu zwierzęcej dzikości, ogranicza się do bardzo małej ilości wyrazów. Mowa człowieka pierwotnego musiała być jeszcze bardziej ograniczona. Człowiek ten miał tylko nazwy na najważniejsze przedmioty, z którymi nieustannie się stykał. Prawdopodobnie najpierw zaczął nazywać matkę i ojca tudzież najbliższe sobie osoby, potem zwierzęta a to zazwyczaj wedle głosu, jaki wydawały, następnie tworzył nazwy na różne przedmioty, później na ich własności i przymioty, dodając do nazw przedmiotów pewne końcówki; tak utworzył z błękitu wyraz błękitny, z wyrazu niebo niebieski, z wyrazu złoto złoty, z czego potem powstał wyraz żółty i t. p. W końcu począł w podobny sposób tworzyć nazwy na różne działania i czyny ludzkie i zwierzęce i t. d. Tak więc przedmioty zastąpił wyrazami a wyobrażenia wzrokowe zastąpił słuchowemi. Słysząc nazwę jakiegoś przedmiotu, odtwarzał sobie w wyobraźni optyczny obraz jego i tak powstały pierwsze myśli, pierwotnie naturalnie bardzo skąpe i ograniczone. Pierwotne nazwy przedmiotów musiały być bardzo ogólne. Każdą istotę biegającą nazywał zwierzęciem, każdą istotę rosnącą rośliną, latającą ptakiem, pływającą w wodzie rybą, pełzającą po ziemi płazem i t. p. Później dopiero zaczął wedle szczególniejszych własności tych istot rozróżniać jedne od drugich i tworzył nowe nazwy w miarę wzrostu swych wiadomości. W taki sposób powstała mowa wyrazowa i rozwijała się coraz bardziej w miarę potrzeby. Zupełnie podobnie rozwijają się u dzieci myśli i mowa, którą dzieci często same nawet sobie tworzą. Niejednokrotnie potrzebował człowiek porozumiewać się z osobami, z którymi się nie stykał bezpośrednio. Kupcy i rzemieślnicy, chcąc zwrócić uwagę przechodniów na swoje towary, względnie wyroby, wystawiali je na tykach przed chatą. Był to sposób niewygodny i niepewny, często mu te przedmioty kradziono; inne psuły się skutkiem wpływów atmosferycznych. Człowiek wziął się więc do rzeczy w inny sposób; zamiast przedmiotów wystawiał ich wizerunki. Później wizerunki zastępował umówionemi znakami. Nieraz musiał się człowiek porozumiewać z bliskiemi i przyjaznemi sobie osobami za pośrednictwem osób obcych, nie pewnych, lub może nawet nieprzyjaznych; często musiał porozumiewać się z niemi skrycie. W takim razie zamiast wyrażania jakiegoś przedmiotu słowem, wyrażał go pewnym znakiem. W ten sposób powstało pismo. Pierwotne pismo miało na każdy przedmiot osobny znak, jak to widzimy w piśmie chińskiem i japońskiem. Później powstało pismo zgłoskowe a w końcu głoskowe. W taki sposób zamieniał człowiek wyrazy słyszane, względnie wymawiane, znakami optycznymi a więc pierwotne obrazy wzrokowe zastąpił najpierw słuchowymi a w końcu zmienił je znowu na wzrokowe w innej prostszej postaci.

Pierwotny człowiek myślał odtwarzając sobie w wyobraźni kształty t. j. obrazy przedmiotów, a więc myślał obrazowo, następnie myślał wyrazowo, zastępując obrazy ich nazwą. Jeden i drugi sposób myślenia zachował się do dzisiejszego dnia a polega tylko na odtwarzaniu wyobrażeń zmysłowych, jużto całkowicie, jużto częściowo. Wreszcie zdolnym jest człowiek tworzyć z różnych części składowych prostych wyobrażeń najrozmaitsze kombinacye i w ten sposób tworzyć wrzekomo coś całkiem nowego; wrzekomo powiadam, gdyż w rzeczywistości człowiek nie tworzy nic bezwzględnie nowego dla siebie. To, co tworzy, jest tylko wynikiem dawniejszych jego wiadomości odpowiednio połączonych i zestawionych.

Człowiek każdy myśleć może tylko tak, jak mu wskazują nabyte za pośrednictwem zmysłów wiadomości. Myśl przeto nie jest wcale czemś zupełnie oderwanem od rzeczywistych przedmiotów, czemś niezależnem od zmysłów, lecz przeciwnie jest wyłącznie wynikiem czynności zmysłowej. Pojęcia oderwane są tylko nazwą zbiorową pewnych przedmiotów rzeczywistych lub ich przymiotów i działań. Wszelkie myślenie polega jak wspomniałem, tylko na odtwarzaniu w całości lub częściowo ustalonych wrażeń zmysłowych i na łączeniu osobnych części ze sobą. Zdolność tę nazywamy wyobraźnią, jeżeli tyczy się przedmiotów. Jeżeli zaś tyczy się tylko nazwy przedmiotów a więc osobnych wyrazów i zdań, zowiemy ją rozumem. Można być bardzo rozumnym a mieć bardzo słabo rozwiniętą wyobraźnię i przeciwnie. Są to odrębne, zupełnie zdolności i najczęściej wzajemnie się wykluczające. Sławni malarze, rzeźbiarze lub muzycy rzadko słynęli z rozumu i naodwrót wielcy mędrcy rzadko bywali równie wielkimi sztukmistrzami.

Z tego wynikałoby, że myślenie oderwane jest przecież czem innem od obrazowego. Tak jednak nie jest. Różnica między myśleniem obrazowem t. j. wyobraźnią a myśleniem oderwanem t. j. wyrazowem polega na tem, że przy ostatniem umysł więcej się natęża, albowiem podwójnie pracuje. Chcąc zrozumieć należycie słyszane wyrazy, wyobrażamy sobie zazwyczaj równocześnie przedmioty, które one przedstawiają; chcąc zrozumieć treść zdań całych np. opowiadanie, przedstawiamy sobie w myśli całe zajście przedmiotowo t. j. obrazowo. Jeżeli chcemy zapamiętać obraz jakiegoś przedmiotu, wystarczy wpatrywać się w niego kilka razy, chociaż przez krótki przeciąg czasu; jeżeli chcemy zapamiętać jakieś słyszane opowiadanie, musimy zapamiętać cały szereg wyobrażeń zmysłowych (słuchowych) i to w pewnym, stałym porządku. Jeżeli chcemy zapamiętać jakieś opowiadanie czytane, pracujemy jeszcze więcej, gdyż znaki optyczne zamieniamy na wyrazy słuchowe a te dopiero w wyobrażenia przedmiotowe. Przez ćwiczenie się nabywamy w tem wielkiej wprawy a z początku idzie to dosyć trudno. Zapamiętanie zdań oderwanych, nie mającej takiej ciągłości, jaka zazwyczaj bywa w opowiadaniach, jest naturalnie jeszcze trudniejsze i wymaga jeszcze większego wytężenia umysłowego i częstszego powtarzania.

Do różnych czynności umysłowych muszą służyć różne komórki mózgowe. Niektóre z nich już przed urodzeniem są częściowo przygotowane do pewnych tylko czynności;

inne natomiast nie są jeszcze należycie wyróżnione i dadzą się wedle potrzeby przez ćwiczenie w pożądany sposób wykształcić. Już od zawiązku swego posiadać więc musi człowiek większą skłonność do wyrabiania się w pewnym kierunku. Skłonność ta może być tak wielka, że się pokonać nie da, i człowiek wtedy musi rozwijać się umysłowo jednostronnie. Jakkolwiek przeto od wrażeń zmysłowych a więc od odczuwania otoczenia, warunków życia, sposobu wychowania i wykształcenia człowieka, zależą wszystkie jego myśli, zasady moralne i etyczne, tudzież dążności t. j. cała jego uczuciowość, wiedza i wola, to przecież główny kierunek we wszystkich objawach całego jego życia tak fizycznego jak i umysłowego, zależeć będzie przeważnie od wrodzonej t. j. odziedziczonej budowy i ukształtowania się jego ustroju. Znamy różne stany chorobowe umysłu, które się właśnie cechują wrodzonym brakiem i to częściowym lub zupełnym pewnych zdolności, co pochodzi z braku częściowego lub zupełnego odpowiednich komórek mózgowych lub też nienależytego, t. j. zboczonego ich wykształcenia się. Jak z tego wszystkiego widzimy, człowiek nie posiada bezwzględnie wolnej woli a czyny jego zależą częścią od wrodzonych, częścią od nabytych skłonności, mających źródło swe w odpowiedniej budowie i czynności różnych części jego ustroju, głównie zaś jego mózgu, względnie komórek mózgowych. Widzimy to najlepiej w dziejach ludzkości, która w różnych czasach i wśród różnych okoliczności różnemi i często wprost przeciwnemi kierowała się zasadami a więc nie zawsze to samo uważała za złe lub za dobre. Tak samo rzecz się ma i z każdym z osobna człowiekiem.

Tak objawy czucia jak i objawy wiedzy, jakoteż woli, zależą od pobudliwości. Wszystkie rodzaje pobudliwości mogą być podwyższone albo obniżone. W pierwszym razie mówimy o urażności (*vulnerabilitas*); w drugim razie o otrętwiałości (*torpiditas*). Sposób poznawania tworzy rozum (*intellectus*), sposób czucia stanowi uczuciowość (*Gemüth*), sposób działania (występowania na zewnątrz) udolę czyli temperament. Sposób ten wyrabia się i przekształca z czasem; ma zawsze jednak pewną podstawę w budowie samego ustroju; zowiemy to usposobieniem (*praedispositio*). Rozum okazuje różne stopnie; ztąd człowiek może być genialnym, zdolnym, ograniczonym, ogłupiałym. Uczuciowość przedstawia się w nastroju wesołym i smutnym; uczuciowość może być słaba lub mocna, stała lub zmienna czyli kapryśna. Czem jest temperament dla popędów, tem jest charakter dla czynów rozmyślnych; może więc być dobry, zły; surowy, łagodny; dobroduszny, złośliwy; spokojny, niespokojny; cierpliwy, niecierpliwy; gwałtowny, powściągliwy; dziki, ludzki; energiczny i nieugięty czyli stały, lub ślamazarny, słaby, zmienny; szlachetny, podły. Galenus opierając się na nauce Hipokratesa, rozróżniał cztery rodzaje temperamentu, wedle stosunku czterech zasadniczych cieczy, z których wrzekomo ustrój się składa: sangwiniczny, flegmatyczny, choleryczny, melancholiczny. Odnosi się to jednak teraz do stosunku wzajemnego czucia i ruchu t. j. pobudliwości do czynu. Bardzo uczuciowy, drażliwy, prędko bez namysłu działający temperament, zowiemy sangwinicznym; słabo uczuciowy, mało drażliwy, powolnie działający, lecz z należytym rozmysłem, zowiemy flegmatycznym; należyty stosunek między uczuciem, myśleniem i działaniem widzimy w temperamencie cholerycznym; niestosunek między usiłowaniem a czynem t. j. chęć bez woli, spostrzegamy w temperamencie melancholicznym.

1) Podwyższoną drażliwość sfery ruchowej (*motilitas*) nazywamy (*hyperkinesia*) t. j. nadmierną pobudliwością ruchową; odpowiednio temu zowiemy: 2) *hypokinesia* upośledzoną pobudliwość ruchową, 3) *akinesia* zniesioną pobudliwość ruchową; inaczej stany te zowiemy także 1) *convulsibilitas* 2) *paresis* 3) *paralysis*. *Motilitas* znaczy co innego jak *mobilitas*; pierwsza oznacza zdolność do ruchu, t. j. pobudliwość ruchową; druga oznacza sposób wykonywania ruchu, co zowiemy ruchliwością. Zmienną pobudliwość ruchową nazywamy *parakinesia*; podobnie nazywaliśmy drażliwość czuciową zwiększoną *hyperaesthesia*, zmniejszoną *hypaesthesia*, zniesioną *anaesthesia*, zmienioną *paraesthesia*; to samo można zastosować i do zmysłów. Należyte czucie nazywamy *akro-* lub *oxyaesthesia;* należytą zdolność ruchową *akro* lub *oxykinesia.*

Jak już powiedziałem, nieokreślone dokładnie a więc niejasne i niepewne wrażenie umysłowe nazywamy poczuciem. Dokładne i wyraźne a więc ściśle określone wyobrażeniem lub spostrzeżeniem. Jeżeli już niepewne wrażenia sprawiają poczucie, to wyobrażenia tem bardziej muszą łączyć się z poczuciem. Słabszy stopień poczucia jest dla nas zazwyczaj obojętnym; wyższy stopień poczucia nazywamy czuciem, które bywa przyjemnem, jeżeli wrażenie je sprawiające osiągnie pewien średni stopień; jeżeli zaś ten średni stopień przekroczy, staje się zawsze nieprzyjemnem.

Filozofowie rozróżniają różne uczucia. Przedewszystkiem dzielą je niewłaściwie na dodatne i ujemne, t. j. przyjemne i nieprzyjemne, podniecające i przygnębiające, wesołe i smutne, nadto niespodziane i oczekiwane. Do pierwszych liczą przerażenie, przestrach, gniew i złość, do drugich nadzieję, obawę, trwogę. Rozróżniają nadto uczucia mięszane, jak rozrzewnienie, niepewna nadzieja, radosny smutek np. wiadomość o śmierci krewnego, który niespodziewanie cały swój duży majątek zapisał dotyczącej osobie.

Co się tyczy jakości, podzielono uczucia na różne rodzaje a mianowicie 1) zmysłowe 2) estetyczne 3) rozumowe (w badaniach naukowych) 4) etyczne (ludzkie) lub moralne (obyczajne, życie wedle zasad) 5) idealne (dążenie do wyniosłych celów). Wszystkie te uczucia mogą być dwojakie: przyjemne, nieprzyjemne; piękne, brzydkie; prawdziwe, fałszywe; bliźnie, sobkowskie; sprawiedliwości, niesprawiedliwości; względnie słuszności, niesłuszności. Można być bardzo moralnym a pozbawionym etyki t. j. można być bardzo taktownym i obyczajnym a nieludzkim i podłym. Można być bardzo niemoralnym a przytem bardzo etycznym t. j. sumiennym, ludzkim i szlachetnym. Stósownie do uczucia, jakie sprawia pewien przedmiot, możemy go pożądać albo też starać się go usunąć od siebie; w pierwszym razie mówimy względem osób o chęci, skłonności, przywiązaniu, miłości; względem rzeczy zaś o pragnieniu, potrzebie, żądzy, namiętności; w drugim razie o niechęci, odrazie, wstręcie, nienawiści. Wola wyrabia się z popędów przez ćwiczenie t. j. wychowanie i wykształcenie w ten sposób, że czyny nie są czysto odruchowymi, lecz stają się obmyślanymi (*nicht reflex-artig, sondern reflectirt*, jak Niemcy się wyrażają). Podwyższenie poczucia własnej osoby przedstawia się jako ufność w siebie, duma i pycha; w wyższym stopniu jako zachwyt a nawet podniecenie ogólne; obniżenie tego poczucia objawia się w braku ufności w siebie, w skromności i pokorze; w wyższym sto-

pniu w zwątpieniu i przygnębieniu. Dążności, usiłowania i czyny wedle Lockego mogą być:

1) egoistyczne, czyli sobkowskie, które potęgować się mogą aż do tego stopnia, że osoby mające je lubują się w przypatrywaniu się cudzym cierpieniom; zowiemy to pastwieniem się; przytem poświęca się drugie osoby dla własnej przyjemności.

2) Altruistyczne czyli bliźnie, będące przeciwieństwem pierwszych; uczucia bliźnie mogą się do tego stopnia potęgować, że osoby z niemi tak dalece lubują się w przypatrywaniu się szczęściu i zadowoleniu drugich, iż często siebie samych poświęcają, by drugim sprawić przyjemność, względnie ich uszczęśliwić.

Społeczeństwo polega głównie na odpowiednim stosunku uczuć sobkowskich i bliźnich, przyczem główną gra rolę współczucie t. j. wspólna radość, wspólny smutek i poświęcenie własnych przyjemności dla pewnych zasad stających się obowiązkami.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Kobert (w Dorpacie): **Lehrbuch der Intoxicationen.** Mit 63 Abbildungen im Text. Verlag von F. Enke. Stuttgart. 1893. 8-vo. Str. 816.

Powyższy podręcznik powszechnie znanego i wielce cenionego toksykologa wypełnia dokładnie lukę na polu dokładnych a praktycznych podręczników przedmiotu ważnego zarówno dla lekarza praktycznego, jak i sądowego. Podręcznik ten stanowi drugie przerobione i powiększone wydanie dziełka, wydanego przed 6 laty przez tegoż autora. Cały nakład pierwszego wydania wyczerpano, przez co okazała się istotna potrzeba powtórnego wydania. Wprawdzie przeznacza autor podręcznik ten dla uczniów i lekarzy praktycznych, jednak może on oddać wielkie usługi tak chemikom, jak i lekarzom sądowym a wreszcie i aptekarzom.

Bogatą treść podzielił autor na część ogólną i szczegółową.

W pierwszej roztrząsa ogólnie zatrucia i sposoby ich wykazania. Część szczegółowa dzieli się na 3 rozdziały, w których autor opisuje trucizny po kolei i odpowiednie im zatrucia ze względu na etyologię, statystykę, sposób działania, dawkę, obraz chorobowy, zmiany pośmiertne, leczenie, wreszcie i na sposoby ich wykrycia. Pierwszy rozdział części szczegółowej obejmuje istoty trujące, które wywołują zmiany anatomiczne albo w tem miejscu, z którem się zetknęły, jak n. p. kwasy żrące, alkalia, drażniące pary i gazy i t. d. lub odległe od miejsca zastósowania trucizny, jak n. p. fosfor, bismut, ołów, sporysz i t. d. W drugim rozdziale mowa o substancyach, upośledzających krążenie krwi albo w sposób mechaniczny, jak dwutlenek dwuwodoru lub przez rozpuszczenie i zniszczenie czerwonych ciałek krwi, n. p. solanina, trójwodorek arsenu i t. d., lub przez przemianę hemoglobiny w methemoglobinę, n. p. chloran potasowy, pirogallol, nitrobenzol, glonoina, anilina, azotan amilowy, antypiryna, antyfebryna i t.d., lub przez swoiste przeobrażanie krwi, jak n. p. tlenek węgla, siarkowodór, kwas pruski, sinek potasu i t. d. W rozdziele trzecim znajduje się rzecz o istotach trujących, które nie wywołują w ustroju zmian anatomicznych a działają albo na środkowy narząd nerwowy, n. p. chloroform i inne środki znieczulające, makowiec i jego zasady, grupa chloralu, kokaina, atropina, strychnina, santonina, zasady kory chinowej i t. d., albo trucizny działające na serce, n. p. naparstnica, muskaryna, ciemiernik.

W końcu kreśli autor w dodatkowym rozdziele rzecz o trujących przetworach przemiany materyi u człowieka i zwierząt, o drobnoustrojach rozwijających się w ich pokarmach lub w nich samych za życia lub po śmierci, o ptomainach i dotąd znanych toksynach i toksalbuminach, jadzie kiełbasianym i t. d., wreszcie tak zwanych autointoksykacyach jak *ammoniaemia, uraemia, glykaemia.*

Całość pracy opiera się na wielkiem własnem doświadczeniu autora, jak również na dokładnie zebranej a doskonale przedmiot ilustrującej literaturze. Pod każdym względem można podręcznik ten uważać za znakomity, pierwszorzędnej wartości nabytek dla literatury przedmiotu, o którym mowa, i polecić go jak najgoręcej ogółowi lekarzy do użytku.

Dr. Wachholz.

Terapia.

E. Gebert (z polikliniki Dra A. Blaschki w Berlinie): **O leczeniu wiewióra (trypra).**

Na podstawie doświadczenia w 650 przypadkach opisuje autor leczenie używane w wymienionej poliklinice.

W przypadkach całkiem świeżych nie robi się zazwyczaj żadnych wstrzykiwań do cewki moczowej, raz ponieważ nic nie skutkują a powtóre nieraz nawet szkodzą. Tylko w razie, jeżeli zapalenie jest znaczne, ropienie bardzo obfite a bolesność nadzwyczajna, robi się wstrzykiwania po każdem oddaniu moczu roztworem ogrzanym środka lekko ściągającego, jak wodą ołowianą (*Aqua plumbi*), $^1/_2$% roztworem siarkanu cynkowego lub roztworem nadmanganezanu potasowego w stósunku 0·1 na 200·00 wody. Do wstrzykiwań używa się strzykawek szklanych średniej wielkości ze stożkowatą nasadką kauczukową.

Wogóle rozpoczyna się leczenie od podawania środków balsamicznych, mianowicie olejku santałowego po 3 gramy dziennie, rozdzielone na 6 torebek po 0·5, z których się zażywa trzy razy po dwie. Pacyentom, którzy nie mogą połykać torebek, zapisujemy olejek santałowy w kroplach łącząc go z olejkiem mięty pieprzowej podług przepisu:

Rp. *Olei menthae piper. guttas 10*
Olei santali ad 15·00
MDS. Trzy razy dziennie po 15 kropel zażywać.

Olejek santałowy zazwyczaj znoszą chorzy bez szczególniejszych dolegliwości; w rzadkich tylko przypadkach pojawiają się przypady żołądkowe lub kolki nerkowe. Osutki skórne, nieraz do pokrzywki podobne, trafiają się po olejku santałowym znacznie rzadziej, niż po balsamie kopaiwianym.

Jeżeli chorzy nie znoszą olejku santałowego, podaje się im zwykle balsam kopaiwiany w torebkach zawierających po 0·6, których zażywać mają trzy razy dziennie po dwie.

Przypady żołądkowe i nerkowe występują częściej po balsamie kopaiwianym, niż po olejku santałowym.

Jeżeli chorzy w ogólności nie znoszą środków balsamicznych, przechodzi się niezwłocznie do wymienionych już wyżej środków ściągających, mianowicie $^1/_2$% roztworu siarkanu cynkowego lub roztworu nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum*) w stósunku 0·1 na 200·00 wody. Przed wstrzykiwaniem oddaje chory mocz. Wstrzykiwania same robi się na letnio po trzy razy dziennie, zatrzymując płyn w cewce przez jednę do dwóch minut przez zaciśnienie ujścia zewnętrznego.

Suspensoryum noszą chorzy tylko ciężko pracujący lub dotknięci żylakiem powrózka nasiennego (*varicocele*) lub wreszcie ci, którzy przebyli zapalenie przyjądrza.

Pod względem zachowania się ogólnego chorzy dostają osobne przepisy drukowane następującej treści:

1) Chory winien baczyć, by miał codziennie po jednem do dwóch wypróżnień.

2) Zakazane są: ćwiczenia gimnastyczne, tańczenie, granie w kręgle, bieganie a przede wszystkiem spółkowanie.

3) Nie wolno używać piwa, wódki, wina, pokarmów i napojów kwaśnych, sera i ostrych przypraw korzennych.

4) Dozwala się używania jarzyn, mięsa, łagodnych sosów, chleba białego i czarnego, kawy, herbaty, mleka, kakao, w małych ilościach wina czerwonego z wodą. Zaleca się picie znacznej ilości wody. Bezpośrednio przed kładzeniem się do łóżka nie należy wiele ani jeść ani pić.

5) Prącie należy zawsze utrzymywać czysto, obmywać kilka razy dziennie zimną wodą a jeżeli wydzielina jest znaczna, przed ujście zewnętrzne zakładać pęczek waty. Po każdem dotknięciu się prącia należy ręce umyć starannie.

6) Za każdą bytnością u lekarza należy przynieść ze sobą dwie małe flaszeczki moczu oddanego rano, z których jedna, oznaczona I., zawiera pierwszą część moczu, druga oznaczona II. ostatnią część moczu oddanego tegoż samego dnia.

Ustęp 7-my zawiera skazówkę już wiadomą co do sposobu wstrzykiwań leków do cewki.

Pewna część, 15 do 20% wszystkich przypadków, kończy się pomyślnie przez zażywanie samego tylko olejku santałowego w 1½ do 3 tygodniach, przyczem baczyć należy, by środka tego nagle nie przerywać, tylko dawkę zmniejszać powoli i przynajmniej przez 14 dni zażywać po 0·5 do 1·0 wystrzegając się oczywiście jeszcze przez czas pewien wybryków *in baccho et venere.*

Przypadki, w których po trzech tygodniach wydzielina wprawdzie się zmniejszyła, jednakowoż nie ustała, wymagają dalszego leczenia wstrzykiwaniami obok zmniejszenia dawki olejku santałowego. Jeżeli leczenie mimo tego nie postępuje, t. j. błona śluzowa cewki moczowej przyzwyczaiła się już do leku, przechodzi się do właściwych środków ściągających, jak roztworu siarkanu cynkowego w stósunku 0·75 do 1·0 na 100·00 wody, tanniny 1·0—2·0 na 200·00 lub azotanu srebrowego 0·03 : 100·00.

Wstrzykiwań tych należy zaraz zaprzestać, skoro tylko wystąpi jakieś powikłanie.

Najczęstszem z pomiędzy nich jest zapalenie przyjądrza (*epididymitis*), występujące w 7% przypadków, prawie zawsze tylko po jednej stronie, bez różnicy co do częstości między prawą a lewą.

W zapaleniu przyjądrza winien chory bezwarunkowo leżeć spokojnie w łóżku, pod moszna podłożyć poduszkę i robić ciągle zimne a nawet z wody lodowej okłady. — W niektórych przypadkach, w których zimno nie działało, okazały się skutecznemi wilgotne okłady ciepłe. Podczas tego leczenia chory nie używa nic innego, jak tylko środków rozwalniających. W razie bólów rozpromieniających się od moszen ku pachwinie lub nawet ku grzbietowi, co jest oznaką zapalenia sznurka nasiennego, stawia się pijawki a nawet zadaje morfinę.

Zazwyczaj po 3 lub 4 dniach takiego leczenia obrzęk twardy i bolesny mięknie i staje się mniej bolesnym; wtedy pozwala się choremu wstać i zakłada mu na moszno opaskę gumianą na 4 cm. szeroką a na dwa metry długą. Objąwszy osobno jądro i przyjądrze z jak największą częścią skóry po stronie chorej obwija się je opaską naokoło a następnie obwija wielokrotnie podłużnie i poprzecznie, dopóki wszystkiego nie pokryje się opaską zupełnie. Opaskę nawija się miernie ją naciągając, ponieważ sama jej elastyczność wystarcza do stósownego ucisku. Jeżeli po założeniu opaski wystąpią bóle, należy opaskę odjąć, robić jeszcze zimne okłady i dopiero po tem znów ją założyć. Na opaskę gumianą zakłada się suspensoryum i pozwala choremu chodzić. Ten sposób leczenia jest już dla czystości praktyczniejszy, niż znana opaska Frickego. Po 8 miu dniach zdejmuje się opaskę i obciera dobrze moszna, tem bardziej, iż nagromadza się pod nią dużo wydzieliny skórnej wydającej woń nieprzyjemną. Po oczyszczeniu i osuszeniu skóry i opaski można założyć na nowo opaskę, w razie potrzeby przyciągając ją ściślej, dopóki obrzmienie nie zmniejszy się jak najbardziej. W przypadkach więcej przewlekłych i gdzie z powodu właściwej budowy moszen nie można użyć opaski, używa się po złagodzeniu gwałtownych objawów zapalnych maści: Rp. *Jodi puri* 0·50
Ungti kalii jodati 20·00
MDS. Zewnętrznie.

wyścielając suspensoryum dobrze watą. — W tych razach można użyć także suspensoryum Langleberta lub Caspera.

Po wyleczeniu zapalenia przyjądrza rozpoczyna się znowu leczenie właściwe wiewióra.

Drugą komplikacyą wiewióra ostrego jest zajęcie przezeń tylnej części cewki moczowej i pęcherza a jakkolwiek te dwie części odróżniać od siebie należy pod względem nietylko anatomicznym, ale i patologicznym, pod względem klinicznym można je razem traktować, bo i przypady chorobowe z ich strony różnią się od siebie przede wszystkiem tylko swym stopniem a terapia w ogólności jest dla obydwóch jednaka.

Zaleca się przeto wstrzymanie wszelkich wstrzykiwań spokój jak największy, w przypadkach ciężkich leżenie spokojne w łóżku i okłady hidropatyczne na brzuch.

Do sprowadzenia wypróżnień jelitowych służą leki solne (*salinica*); wszelkie napoje wyskokowe są stanowczo wzbronione a w przypadkach ciężkich dyeta wyłącznie płynna, nawet tylko mleczna.

Do złagodzenia parcia na mocz można nieraz użyć skutecznie mleczanki migdałowej czyli orszady a w razie większych w tej mierze dolegliwości salicylanu sodowego z wyciągiem pokrzyku wilczej jagody w formie:

Rp. *Natrii salicylici* 10·00
Aquae destil. 195·00
Exti belladonnae 0·30
Tincturae cort. aurantiorum ad 200·00
MDS. Co 2 lub 3 godziny zażywać po łyżce stołowej.

lub salolu w dawkach dużych, gramowych co 2 lub 3 godziny. Nadzwyczaj skuteczny jest w wielu razach napar mięszaniny równych części siemienia lnianego (*semen lini*) i liści jagody niedźwiedziej (*folia uvae ursi*) używany po 4 do 5 filiżanek dziennie. Niekiedy, mianowicie jeżeli jeszcze pęcherz nie był zajęty, działa skutecznie na parcie na mocz olejek santalowy w torebkach.

Gdy w ten sposób miną pierwsze ostre przypady, użyć można z dobrym skutkiem wód mineralnych wildungeńskiej i ze zdroju św. Salwatora a w razie zajęcia przez wiewiór tylko tylnej części cewki moczowej, przepłukiwania jej słabym roztworem azotanu srebrowego (1 na 2000 do 3000 wody) za pomocą cienkiego kateteru elastycznego.

Obrzmienia gruczołów limfatycznych są rzadkie podczas tego sposobu leczenia wiewióra i przechodzą albo same albo po użyciu przylepca rtęciowego (*empl. mercuriale*). Bardzo rzadkiem powikłaniem jest ropienie w tkance kołocewkowej. Jeżeli jest, należy spauzować z wstrzykiwaniami, działać przeciwzapalnie a w razie chelbotania użyć noża.

W leczeniu wiewióra przewlekłego trzeba przede wszystkiem rozstrzygnąć, gdzie przeważnie tkwi sprawa chorobowa czy w przedniej czy w tylnej części cewki. Do tego służą w klinice Dra Blaschki głównie badanie moczu i badanie samejże cewki.

Co się tyczy moczu, używa się do tego moczu porannego, zbierając go w trzech częściach: początkowej, środkowej i końcowej. Do badania służą wyłącznie pierwsza i ostatnia. Jeżeli ostatnia jest zupełnie przeźroczysta i niema w sobie właściwych nitek wiewiórowych, niema z pewnością zajęcia znaczniejszego tylnej części cewki i pęcherza moczowego. Małe ilości wydzieliny trzymają się oczywiście ściany cewki i wychodzą zaraz za oddaniem moczu w pierwszej chwili; są przeto w początkowej części moczu.

Ten sposób badania jest oczywiście tylko przybliżony.

Drugim sposobem oznaczania siedziby zmiany chorobowej jest użycie zgłębnika eksploracyjnego Guyona, narzędzia praktykom jeszcze za mało znanego. Jest to, jak wiadomo, cienki zgłębnik elastyczny z guziczkiem oliwkowatym różnej grubości na końcu. Zwykle wystarczają numery 19 i 20 skali francuskiej. Narzędziem tem nie tylko można wyszukać każde zwężenie, ale nadto wydobyć z cewki do badania nieco wydzieliny, która, jeżeli się przed wprowadzeniem zgłębnika przestrzyknęło przednią część cewki, pochodzić może tylko z części jej tylnej. Przy wprawie można zgłębnikiem eksploracyjnym Guyona wykryć nadto każdą nierówność w ścianie cewki a przy uwadze pacyenta także i miejsca bolesne lub przynajmniej za dotknięciem tkliwe.

W ten sposób używając zgłębnika a obok niego i mikroskopu można sprawę rozpoznać dokładnie nawet bez uretroskopu.

Co się tyczy leczenia wiewióra przewlekłego, wstrzykują sobie pacyenci po dwa do trzech razy dziennie roztwory środków ściągających, jak azotan srebrowy $^1/_2$ ‰ lub 1‰, siarkan cynkowy 1%. Niekiedy skutkuje bardzo dobrze mocniejszy roztwór azotanu srebrowego (1 na 750 lub nawet 500 wody), który wprawdzie sprawia ból bardzo gwałtowny i wydzielinę chwilowo powiększa, po którym jednak później wydzielanie nieraz zupełnie ustaje.

Jeżeli są zajęte albo obydwie części cewki albo jedynie tylna, używa się albo zgłębnika właściwego z maściami albo głębokich wstrzykiwań cewnikiem Guyona przy pomocy strzykawki Pravaza. Jeżeli zgłębnik wykaże miejsce bolesne lub jeżeli po wyjęciu go z cewki okaże się na guziczku krew z ropą, wtedy wprowadza się cewnik z guziczkiem na końcu aż do miejsca tkliwego i wstrzykuje po jednej lub dwie podziałki 1% lub 2% roztworu azotanu srebrowego za pomocą strzykawki Pravaza. W celu wydalenia zbytniej ilości tego płynu oddaje chory po wstrzyknieniu mocz albo wstrzykuje mu się wodę.

Zgłębników z maściami używa się w poliklinice Blaschki głównie w razie tkliwości całej tylnej części cewki i oczywiście utrzymywaniu się wydzieliny. Do pomazywania zgłębników używa się zwykle 6 do 10% maści z azotanu srebrowego sporządzonej podług przepisu:

Rp. *Argenti nitrici*
Vaselini flavi
āā 3·00
Lanolini 44·00
M. f. ungtum.
S. Zewnętrznie.

Do leczenia w ten sposób używa Blaschko zwykłych, elastycznych, jasnych (blond) stoczków (*bougies*) z końcem oliwkowatym średnicy takiej, by właśnie mogły dobrze przechodzić przez cewkę. Stoczki te pomazuje maścią na 6 do 10 cm. od guziczka (co najlepiej zrobić w szerokiej rurce odczynnikowej, do której dano maść, przez włożenie do niej stoczka) a następnie zanurza w płynnej parafinie. W ten sposób parafina powleka maść, sprawia, że zgłębnik łatwo wchodzi do cewki i że maść nie łatwo ściera się ze stoczka. Stoczek tak przysposobiony wprowadza się do cewki po rozwarciu, ile możności, ujścia jej zewnętrznego i zostawia w niej przez 4 do 10 minut. Że tym sposobem maść lecząca dostaje się do tylnych części cewki, niema żadnej wątpliwości. Procedura ta odbywa się zwykle tylko dwa razy na tydzień, by cewki nie drażnić zbytecznie. Gdyby okazało się, że cewka zadrażniona, należy używać stoczka jeszcze rzadziej.

Z tym sposobem leczenia należy zaraz spauzować, gdyby się pokazało, iż zadrażnia pęcherz moczowy, czemu w niektórych przypadkach zapobiega podawanie olejku santałowego po gramie dziennie.

Jeżeli jest zwężenie cewki, wtedy radzi Blaschko wprowadzać stoczek, jaki właśnie wchodzi, trzymać go w cewce przez 2 do 5 minut, wyjąć i włożyć zaraz następujący numer grubszy; w ten sposób używa się za jednem posiedzeniem kilku stoczków. Blaschko używa zawsze tylko stoczków elastycznych a jeżeli poza zwężeniem są ziarniny, używa równocześnie maści na zgłębnikach. Oczywiście, że takie leczenie wystarcza tylko w przypadkach prostych, niepowikłanych, które stanowią jednak bardzo przeważającą większość.

Co do trwania leczenia, to wobec nadzwyczajnej uporczywości choroby sądzi Blaschko, że można zaprzestać leczenia, jeżeli z moczu znikną nitki większe i jeżeli kilkakrotne badanie mikroskopowe nie wykaże w mniejszych i rzadszych nitkach i strzępkach w moczu żadnych gonokoków. (*Ther. Mtshefte. Kwiecień. 1893*). *D.*

Caminer (Elbenfeld): **Działanie salofenu.**

Salofen wyrabiany przez fabrykę F. Bayera w Elberfeldzie, jest białym proszkiem bez smaku i woni, w wodzie nierozpuszczalnym, z łatwością zaś rozpuszcza się w alkoholu i eterze. Proszek ten, według Sybla, w kwasie żołądkowym nie rozpuszcza się, przechodzi zatem żołądek niezmieniony i dopiero w alkalicznej treści kiszek rozpada się na dwie swe główne części składowe, t. j. na kw. salicylowy i acetylfenol. Własność ta jest bardzo ważną, albowiem salofen nawet w dużych dawkach nie działa na żołądek. Środek ten badali już Guttmann, Fröhlich i Flint a zachwalają go przeważnie w ostrym gośćcu stawowym, gdzie rozwija działanie nie tylko kw. salicylowego, ale także fenacetyny. Lekarze ci podawali salofen w dawkach gramowych co godzinę, bez żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych. Tych samych dawek używał C. w swych doświadczeniach, które potwierdziły wyniki Guttmanna. Znakomite działanie, najlepsze z dotychczas znanych leków, rozwijał salofen w bólach głowy. Pięć dawek gramowych, co dwie godziny użytych, usuwało ból głowy zawsze. W newralgiach salofen był bezskutecznym. (*Th. Mhfte. October. 1892*). *Dr. Mendelsburg.*

Bakteryologia.

R. Pfeiffer: **Etyologia influency.**

Influencę uznano już od dawna za chorobę zaraźliwą, przyrzutu jednak dotychczas nie wykryto. Epidemia panująca w listopadzie 1891., rozszerzająca się znacznie w Niemczech, podała sposobność do badania tej choroby w zakładzie dla chorób zakaźnych w Berlinie. W plwocinach jest przyrzut influency w postaci małego nieruchomego lasecznika (*bacillus influentiae*), zajmującego w ogromnej ilości substancyę śluzowatą i pierwoszcze (*protoplasma*) komórek ropnych. Już gołem okiem widzieć można w plwocinach chorych cechujące zmiany. Plwociny są barwy żółto-zielonkowatej, nader ciągłe, lepkie i odchodzą zwykle w dużych kłębach kształtu monety. Nozdrza są przeważnie nasamprzód zajęte. Gdy influenca poczyna zajmować oskrzela lub dostanie się wreszcie do miąższu płuc (zapalenie płuc infl.), wtedy wydzielają również oskrzela dolne znaczną ilość plwocin, w których także wykazać można lasecznik właściwy. Kichanie i kaszel mocny chorych a wdechanie lasecznika przez osoby zdrowe sprowadzają zakażenie. Plwociny w wilgoci utrzymują przyrzut najdłużej do 14 dni. Z tej przyczyny przyjąć należy jako rzecz słuszną zarażenie się influencą przez przesyłki pocztowe i suknie. Lasecznik influency nie znosi tak dobrze gorącego powietrza jak laseczniki choleryczne. Nie utrzymuje się stale a dostawszy się do ziemi lub wody ginie w krótkim czasie.

Rozróżniamy, jak wiadomo, influencę nieżytową, żołądkową i nerwową. We wszystkich przypadkach tak lżejszych jakoteż cięższych nieżyt nosa odgrywa pierwszorzędną rolę, dostarczając ogromnej ilości lasecznikow, których w zwykłym nieżycie wykazać nie można. W okresie wyzdrowienia wyradzają się laseczniki w komórkach ropnych. Wyzdrowieńcy przychodzą, jak wiadomo, powoli do zdrowia. Nawet w kilka tygodni po wyzdrowieniu wykazać można w plwocinach bardzo wielką ilość właściwych lasecznikow. U osób cierpiących na gruźlicę płuc znajdujemy laseczniki jedne obok drugich. Influenca przyspiesza znacznie przebieg groźny gruźlicy. W krwi nie znaleziono lasecznika influency. Zaszczepianie influency udało się tylko u małp. Po kilku wstrzykiwaniach małpy nie oddziaływały. Zdaje się, że człowiek raz tylko przebywa influencę. (*Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskr. Bd. XIII. Heft 3. 1893*).

Dr. K. Reiss w Dukli.

Medycyna sądowa.

Strassmann: **Przyczynek do nauki o otruciach arszenikiem.**

Zadanie lekarza sądowego w przypadkach otruć jest czynne, chemika zaś bierne. Lekarz bowiem nie tylko robi sekcyę, wydaje orzeczenie, oparte na wyniku rozbioru chemicznego, ale wybiera również treść odpowiednią do

badania chemicznego. Różne bowiem trucizny osadzają się w różnych organach, i tak wiadomo n. p. z prac, dokonanych w pracowni Schmiedeberga, że fosfor najdłużej da się wykazać w treści odbytnicy, morfina w wątrobie i t. d.

Opierając się na codziennie przy sekcyach, zwłaszcza w letniej porze, spostrzeganem zjawisku imbibicyi barwika żółci lub krwi, przypuścić należy, że i płyny trujące przenikają z miejsca pierwotnego w okoliczne tkanki. Przypuszczenie to potwierdził przypadek otrucia kwasem karbolowym sekcyonowany przez autora. W dalszym ciągu postanowił S. przekonać się za pomocą doświadczenia, czy także trucizny nieżrące wnikają w okoliczne tkanki z ogniska pierwotnego. Już Torsellini wykonał podobne doświadczenia, wprowadzając do żołądka zwłok różne trucizny, przyczem doszedł do przekonania, iż nawet trucizny nieżrące przenikają ściany żołądka i przechodzą stósownie do czasu do coraz odleglejszych narządów tak, iż przy sekcyi można było pomylić się i sądzić, że truciznę podano za życia. Podobne przypadki, w których można było pomylić się tak fatalnie, ogłosili Reese i Prescot.

S. przedsięwziął doświadczenia nad przenikaniem arszeniku przez ściany żołądka. Dorieu i Walther podali dwa przypadki, w których znawcy orzekli, iż arszenik został podany po śmierci i dopiero po śmierci przenikał zwolna okoliczne narządy. Walther przedsięwziął w celu wyjaśnienia tego zjawiska doświadczenia na psach i przekonał się, że arszenik przenika okoliczne narządy, jeżli zwłoki ulegają gniciu. Torsellini zanurzał żaby w rozczynie żelazosinku potasu i zdołał wykazać go po kilku dniach wszędzie w ciele żaby. Również wprowadzał on do żołądka psów zabitych arszenik, który po upływie 6—7 dni mógł był wykazać nawet w mózgu, wcześniej już w wątrobie a najwcześniej w płucach i sercu. Wedle Torselliniego przenika arszenik przez tkanki zwłok o wiele prędzej, niż to dawni autorzy sądzili. S. wprowadzał fiolet goryczkowy, żelazosinek potasu i arszenik do żołądka zwłok dzieci i psów zgłębnikiem i przekonał się, że z żołądka odbywa się przenikanie czyli dyfuzya, zwolna, lecz stale a mianowicie w ten sposób, iż, aby trucizna mogła wniknąć do tkanki mózgowej, musi wpierw przeniknąć przeponę i narządy klatki piersiowej i szyi. Szybkość przenikania pozostawała w prostym stósunku do ilości wprowadzonej trucizny, do stopnia zgęszczenia podanego jej roztworu i do wypełnienia żołądka. Wreszcie zależała szybkość przenikania od samej trucizny; i tak n. p. żelazosinek potasu przenika tkanki bardzo prędko, bo już drugiego dnia po wprowadzeniu go do żołądka, fiolet goryczki bardzo wolno, bo zaledwie w 2—3 tygodni zabarwia okoliczne narządy. Dyfuzya arszeniku odbywa się również stale a co do szybkości, to zajmuje arszenik miejsce pośrednie między fioletem a żelazosinkiem potasu. Po upływie dwóch tygodni od wprowadzenia arszeniku do żołądka zwłok, można go już wykazać w sąsiedztwie żołądka.

Celem rozstrzygnięcia wątpliwości, czy arszenik podano za życia, czy po śmierci, zaleca autor badać nerki chemicznie, każdą z osobna. Obecność większej ilości arszeniku w lewej nerce obok braku lub zaledwie śladów arszeniku w prawej dowodzi, iż truciznę podano po śmierci, obecność większych i prawie równych ilości arszeniku w obu nerkach dowodzi w pierwszych dwóch tygodniach od chwili śmierci badanego, iż truciznę podano za życia. Jeźli nerki, czy to z powodu zmian patologicznych, czy też z powodu obfitej wyściółki tłuszczowej, nie zawierają arszeniku, należy zbadać po oddaleniu żółci prawy i lewy płat wątroby, każdy z osobna. I tutaj tak samo równa ilość arszeniku dowodzi w pierwszych dwóch tygodniach od chwili śmierci, iż arszenik podano za życia, obecność większej ilości w lewym płacie przy śladach zaledwie w prawym przekonywa, iż trucizna wniknęła w te narządy po śmierci człowieka. W mózgu można arszenik wykazać dopiero w 4 tygodnie po wprowadzeniu go do żołądka zwłok; obecność zatem arszeniku w tkance mózgowej zwłok świeżych dowodzi, iż truciznę wprowadzono do ustroju za życia. (*Preussischer Medicinalbeamtenverein. Ein Vortrag. 1893*).

(O prawdziwości zjawiska pośmiertnego przenikania trucizn z żołądka w okoliczne narządy przekonałem się naocznie w jednym przypadku otrucia zgęszczonym rozczynem siarkanu miedziowego, jaki w początkach maja b. r. do sekcyi policyjno-sanitarnej przysłano. Lewy płat wątroby, trzustka i powierzchnia śledziony, stykająca się z żołądkiem, były szaro-niebiesko zabarwione. Sekcyę wykonałem trzeciego dnia po śmierci. W ubiegłym zaś tygodniu mogłem również przekonać się o tem zjawisku w przypadku otrucia kwasem karbolowym, przysłanym do sekcyi policyjno sanitarnej zakładowi medycyny sądowej prof. Hofmana w Wiedniu. *Przyp. referenta.*) *Dr. Wachholz.*

Notatki terapeutyczne.

Dygitoksyna w chorobach serca.

Masius podczas dyskusyi nad naparstnicą, odbytej niedawno w akademii lekarskiej brukselskiej, sławił bardzo na podstawie własnego doświadczenia użycie terapeutyczne dygitoksyny. W ilości dziennej od jednego do półtora miligrama podzielonej na dawki $\frac{1}{2}$ miligramowe działa dygitoksyna bardzo rychło jak naparstnica bez jej nieprzyjemnych skutków przedewszystkiem na przewód pokarmowy.

Van Aubel używał do doświadczeń na psach dygitoksyny w postaci wstrzykiwań podskórnych i przekonał się, że miligram nie wywołuje ani zapalenia ani nawet zadrażnienia. Proponuje przeto, by w przypadkach ciężkich, wymagających rychłej pomocy, używać u człowieka wstrzykiwań podskórnych sporządzonych podług następującego przepisu:

73) Rp. *Digitoxini* 0·02
Chloroformii 2·00
Spir. vini 94° centigrad. 26·50
Aquae destil. 48·00

na 80 wstrzykiwań podskórnych.

Z tego płynu możnaby wstrzykiwać dziennie po 3 strzykawki gramowe co trzy godziny czyli razem po $\frac{3}{4}$ miligrama na dzień.

Dygitoksyna jest ciałem czystem, krystalicznem, łatwem do otrzymania i najskuteczniejszem ze składników naparstnicy. Cena jego jest tak niska, że chory spotrzebuje jej zaledwie za trzy centymy dziennie. Wraz z dygitoniną stanowi dygitoksyna największą część składników skutecznych dygitaliny handlowej.

Na podstawie tego wszystkiego spodziewa się Van Aubel, że dygitoksyna wejdzie w użycie we wszystkich przypadkach nagłych, mianowicie zapadu, gdzie teraz używa się bedźwinianu sodowo-kofeinowego lub innych środków podniecających. (*La médecine moderne. 7. Juin. 1893*).

Giovanni: Wyroczyn (*physostigma*) w krwotokach nérkowych.

Bobu kalabarskiego używał autor z bardzo dobrym skutkiem w krwotokach nérkowych łącząc go z ergotyną w sposób następujący:

74) Rp. *Exti physostigmatis* 0·40
Ergotini 2·00
Exti gentianae q. s.
M. exacte.
F. l. a. pill. viginti.

Tych pigulek daje się dziennie po jednej do dwóch, powiększając ich liczbę o jednę co 24 godzin, dopóki albo nie otrzyma się pożądanego skutku albo nie dojdzie do granicy znoszenia tego środka.

Pigułki te są także bardzo skuteczne w leczeniu bólu głowy połowiczego, zawrotów i nawałów krwi do mózgu będących skutkiem miażdżycy tętnic. (*Riforma med. 1893*).

Na wyłysienie zaleca Busquet płyn:

75) Rp. *Olei cinnamomi* 10·00
Aetheris sulfurici 30·00
DS. Raz dziennie pomazywać.

Włosy należy obciąć krótko i nie myć głowy. Leczenie trwa zwykle 3 do 4 tygodni. (*Annales de Derm. et Syph.*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 3. maja 1893 r.
Prezes kol. Trzebicky. — Członków obecnych 42.

I) Kol. Wiceprezes poświęca słowa pamięci przedwcześnie zgasłego kol. ś. p. Wojtaszka i wzywa członków do uczczenia go przez powstanie. (Zgromadzeni powstają).

II) Kol. Sroczyński przedstawia chorego z wrzodem spojówki powieki dolnej oka lewego; obok wrzodu są objawy zapalne. Chory miał mieć przed sześciu laty wrzód na prąciu, po którym pozostała blizna; innych jednak objawów kiły nie było. Prelegent zastanawiając się nad przyrodą wrzodu tego wyklucza gruźlicę, ponieważ nie można wykazać ani gruzełków w otoczeniu wrzodu ani prątków w wydzielinie; również wyklucza prelegent sprawę nowotworową, mianowicie rakową, już z samego obrazu klinicznego. Z tego wychodząc, skłania się prelegent do rozpoznania na razie przyrody kiłowej, tem bardziej, że można wykazać powiększenie gruczołów limfatycznych w kącie żuchwy; pozostawia jednak dalszej obserwacyi rozstrzygnięcie, czy wrzód ten powstał przez rozpad kilaka, czy też stanowi wrzód pierwotny.

Kol. Czapliński sądzi, że jedno badanie nalotu pod względem obecności prątków nie rozstrzyga, wiedząc, na jakie napotyka się trudności w takich badaniach.

Kol. Zarewicz, roztrząsając podniesione możliwości wyklucza: *a*) wrzód twardy pierwotny, przeciw któremu, pomijając już samo wejrzenie wrzodu, przemawia brak cechującej go podstawy, również brak charakterystycznego obrzmienia gruczołów limfatycznych, któreby powinno wystąpić, skoro wrzód trwać ma od 6 tygodni, a których w danym przypadku nie widzi; wreszcie przechodząc kolejno te przypadki, w których może nie być obrzmienia gruczołów przy wrzodzie pierwotnym, zwraca uwagę, iż u chorego przedstawionego niema tego rodzaju okoliczności, któreby nas zniewalały do przyjęcia wyjątkowego braku zajęcia gruczołów limfatycznych. Skoro więc w danym przypadku brakuje wszystkich przypadów, które służą do rozpoznania wrzodu syfilitycznego pierwotnego, zatem kol. Zarewicz oświadcza się przeciw rozpoznaniu kol. prelegenta; *b*) przeciw kilakowi również przemawia brak nacieku, który następnie rozpadając się daje powód do charakterystycznego wrzodu do około naciekiem otoczonego. Przeciw następowej zmianie kiłowej przemawia także poniekąd brak zmian kiłowych w innych narządach; *c*) brak nacieku przemawia także przeciw sprawie nowotworowej; *d*) co się tyczy liszaja żrącego (*lupus*), to nie przemawia za nim ani wejrzenie ani okolica wrzodu. Natomiast wobec nieznacznego nacieku, powierzchni owrzodzenia drobnoziarnistej, szarych punktów i nastrzykania całej spojówki, wobec lichego odżywienia pacyenta, przychyla się kol. Zarewicz do rozpoznania wrzodu gruźliczego, przyczem zapytuje się, jak się rzecz ma z dziedzicznością pod względem gruźlicy, poszukiwaniem prątków, które są czynnikiem nader ważnym w takiem rozpoznaniu, i ze stanem płuc chorego.

Co się tyczy leczenia, to radziłby kol. Zarewicz przyżegać wrzód ten zapomocą przyrządu Paquelina.

Kol. Browicz popiera zapatrywanie się kol. Zarewicza i dodaje, że znajduje się w ciałku łzowem żółtawy punkcik prowadzący do blizkiego owrzodzenia.

Kol. Borzęcki zwraca uwagę, iż niekiedy zdarzają się przypadki, w których niema wyraźnych nacieków i wybitnych obrzmień gruczołów a przecież mamy do czynienia z wrzodem twardym.

Kol. Tyszkiewicz podaje, że zna rodzinę chorego i stwierdził u dwóch jej członków już przed trzema laty gruźlicę.

Kol. Zarewicz odpowiada kol. Borzęckiemu, że ogólnie przyjętą jest zasada, iż gruczoły muszą być powiększone przy wrzodzie stwardniałym i to wybitnie; w jakich zaś przypadkach gruczoły nie są zajęte, na to już wskazał w pierwszem przemówieniu; w danym zaś przypadku nie może uznać powiększenia gruczołu u kąta żuchwy a tem mniej uważać go za objaw charakterystyczny.

Kol. prelegent w odpowiedzi kol. Zarewiczowi zaznacza, że gruczoły limfatyczne podszczękowe i przyuszne są wyraźnie powiększone, o czem i inni obecni mogli się przekonać. Gruźlicy bez objawów rozpoznawać nie można a już najmniej kierować się pod tym względem wywiadami co do gruźlicy w rodzinie pacyenta. Nawet gdyby i sam chory okazywał objawy gruźlicy płuc, czego w obecnym przypadku niema, nie rozstrzygałoby to bynajmniej o naturze wrzodu na spojówce.

Idąc zaś za wskazówką kol. Browicza podda prelegent jeszcze raz skrawek z dna wrzodu badaniu mikroskopowemu, część zaś wszczepi do przedniej komory oka królikowi. O rezultacie doniesie na jednem z następnych posiedzeń; chorego zaś dla tego jedynie obecnie przedstawił przed wycięciem skrawka z dna wrzodu, aby nie zmieniać kształtu i wejrzenia wrzodu przed demonstracyą.

Kol. Gluziński sądzi, że wrzód w danym przypadku w istocie najwięcej każe podejrzywać tło gruźlicze, ale nadto dodaje, że w nauce lekarskiej pewników niema i że nie w każdym przypadku można na pewno wrzód twardy rozpoznawać.

Kol. Borzęcki sprzeciwia się temu, aby obrzęki gruczołów zawsze za przyrodą kiłową owrzodzenia przemawiały i stanowiły niejako drogowskaz do rozpoznania.

Kol. Zarewicz twierdzi, że, jeżeli wogóle jest w danym przypadku gruczoł powiększony, to nie ma tej cechy, jaką się odznaczają gruczoły towarzyszące wrzodowi stwardniałemu. Zresztą i inne objawy przemawiają przeciw przyrodzie kiłowej wrzodu. Natomiast dziedziczność przez kol. Tyszkiewicza przywiedzioną uważa za bardzo ważny czynnik do przyjęcia natury gruźliczej wobec braku cech odpowiednich do inszego rozpoznania. Co do kol. Gluzińskiego sądzi, że tak samo, jak w innych działach medycyny praktycznej często nie można na razie na pewne choroby rozpoznać, tak samo mogą złożyć się przypady i przy wrzodach kiłowych a wtenczas pozostawia się rozpoznanie w zawieszeniu. Tego rodzaju jednak okoliczności co do wrzodu kiłowego w danym przypadku niema; przy wykluczeniu zatem, co najmniej, wrzodu pierwotnego obstawać musi, zwłaszcza, że wrzód ten trwa już sześć tygodni

III) Kol. Trzebicky przedstawia chorego z licznemi naroślami kostnemi na obu dolnych kończynach, na przedramieniu lewem i na czaszce oraz na wszystkich innych kościach długich.

IV) Kol. Browicz przedstawia preparaty: 1) serce z dziecka 14 miesięcznego z wadą zastawkową wrodzoną, utworową, mianowicie z brakiem w niektórych płatkach zastawki 2-kończystej mięśni brodawkowych. Nitki ścięgniste przyrastają tutaj wprost do ściany. 2) drugi preparat tyczy się przedziurawienia pętli jelita czczego w dwu odpowiednich miejscach wskutek uderzenia kopytem końskiem w brzuch mężczyzny. Śmierć nastąpiła tutaj w 30 godzin a śladów zewnętrznych nie było żadnych.

W dyskusyi kol. Obaliński zwraca uwagę na nadzwyczajną ważność takich przypadków, bo nieraz z początku nie ma albo wcale żadnych objawów groźnych albo nieznaczne a przecież mogą nagle wystąpić objawy mocnego zapadu; wtedy operacya staje się już zapóźną. Wychodząc więc z tego, pyta się kol. Obaliński, czy niema w tych razach jakich objawów pewnych a stałych, któreby nam wskazywały konieczność wykonania operacyi, jakto n. p. w postrzale jednym z takich objawów jest sztywność mięśni brzucha.

Kol. Wachholz opowiada o podobnym przypadku, gdzie chory po uderzeniu szufelką umarł w kilka godzin.

Kol. Kryński sądzi, że do laparotomii powinno się w tych razach wcześnie przystępować, bo już sam zapad wskazuje albo na pęknięcie naczynia albo na przedziurawienie jelita.

Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

VI. Wiadomości bieżące.

— Dla dogodności naszych abonentów w Ameryce otwieramy nową ajencyą Przeglądu lekarskiego, którą obejmuje znany dom komisowo-handlowy *Dra Bronisława Grabowicza w Nowym Jorku 137 Clinton and 180 Broome Streets.*

— Na posiedzeniu Tow. lekarskiego krak. odbytem dnia 22. b. m. przyjęto wniosek prezesa kol. Łazarskiego w sprawie utworzenia komitetu przedwyborczego dla wyboru do izby lekarskiej krakowskiej w dniu 30. czerwca r. b. odbyć się mającego i powołano do niego prócz członków komitetu Towarzystwa koll. Łazarskiego, Trzebickiego, Kwaśnickiego, Zarewicza, Olszewskiego, Cybulskiego, Korczyńskiego (starszego), Marsa i Domańskiego jeszcze koll. Blatteisa (młodszego), Gabryszewskiego, Jakubowskiego, Kohna, Obalińskiego, Paszkowskiego, Pieniążka, Ponikłę, Rosenzweiga, Rosnera Aleksandra, Rydla, Sroczyńskiego, Tyszkiewicza, Wilkosza, Wiszniewskiego i Żuławskiego; przyjęto następnie wniosek kol. Korczyńskiego (starszego), aby na posiedzeniu nadzwyczajnem z udziałem kolegów do grona Towarzystwa nie należących odbyć głosowanie na próbę, poczem kol. Zoll okazał przyrząd zapowiedziany.

— *Od Komitetu polskiego XI. międzynarodowego zjazdu lek. w Rzymie.*

W dalszym ciągu zapowiedzieli prace na zjazd międzynarodowy w Rzymie koledzy:

Dr. Władysław Stankiewicz, do sekcyi chirurgicznej: 1) Rzadki przypadek mięsaka pęcherza moczowego; 2) O zabliźnianiu się ran pęcherza moczowego wywołanych bronią palną.

Dr. Sędziak Jan, do sekcyi laryngologicznej: Przyczynek do etyologii t. zw. *tonsillitis follicularis.*

Komitet krakowski niniejszem ma zaszczyt podać jeszcze raz do wiadomości Szan. Kolegów, że pomimo pewnych propozycyj, które się zjawiały w dziennikach politycznych i specyalnych, ażeby termin kongresu międzynarodowego odroczyć do wiosny, prezydyum Komitetu organizującego uchwaliło, że otwarcie kongresu nieodwołalnie nastąpi w d. 24. września r. b.

Przewodniczący: *N. Cybulski.*

— Dr. Kazimierz Smorągiewicz, lekarz pomocniczy w szpitalu św. Łazarza, opuszcza Kraków udając się do Zakopanego, gdzie obejmuje obowiązki lekarza stacyi klimatycznej. Odjeżdżającego pożegnali uroczyście w dniu 16. b. m. koledzy szpitalni, tak lekarze ordynujący jak i pomocniczy, zebraniem koleżeńskiem, na którem przyjacielski nastrój i serdeczność były dowodem i sympatyi, jaką sobie zjednał kol. Smorągiewicz, i ducha koleżeństwa i wzajemnego szacunku ożywiających poważne grono lekarzy szpitala św. Łazarza.

— Egzamin na lekarzy powiatowych zdali w połowie maja r. b. w Krakowie Dr. Natan Feliks Gliksman lekarz z Budzanowa, Dr. Wiktor Idziński, lekarz pułkowy z Krakowa (celująco), Dr. Stanisław Karpiński, asystent katedry anatomii opisowej w Uniw. Jagiell. (celująco), Dr. Tadeusz Teodorowicz, lekarz pomocniczy szpitalny ze Lwowa (celująco) i Dr. Grzegorz Turzański, lekarz miejski z Jarosławia.

— Temi dniami odsłonięto w Warszawie w kościele św. Aleksandra postawiony staraniem i nakładem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego ozdobny pomnik ścienny, poświęcony pamięci nieodżałowanego Dra Wiktora Feliksa Szokalskiego. Pomnik w górnej części mieści na tle wyzłacanem popiersie zmarłego naturalnej wielkości wykute z marmuru kanaryjskiego, pod którem na tle ciemnej, kamiennej tablicy mieści się napis świadczący, iż pomnik ten zmarłemu położyło Towarzystwo lekarskie warszawskie.

— **Cholera**. Według ostatnich wiadomości cholera szerzy się powoli na południu Francyi; co dzień donoszą o kilku przypadkach w Cette, Montpellier a najświeższa depesza mówi, iż w Lugdunie zmarł wśród objawów cholerycznych podróżny jadący z południowej Francyi.

— Z ogłoszonego właśnie zdania sprawy krakowskiego ochotniczego Towarzystwa ratunkowego z czynności w roku 1892 dowiadujemy się, iż toż Towarzystwo udzieliło w roku wymienionym pomocy swej 1352 razy, mianowicie za dnia 884 a w nocy 468 razy i to w następujących przypadkach: w nagłych zasłabnieniach 686, w uszkodzeniach cielesnych 595, w samobójstwach 31, obłąkaniu 40, do przeniesienia 550. Przypadki te tyczyły się 730 mężczyzn, 540 kobiet i 96 dzieci. Lekarze Towarzystwa nieśli pomoc 105, stanowisko pierwszej pomocy przy znaczniejszych pożarach urządzono 47 razy. Średnio na dobę niosło Towarzystwo pomoc 3·7 razy; najrzadziej z tego w lutym 1·9, najczęściej w sierpniu 6·4 razy.

Z tego przekonać się można, jakie Towarzystwo wymienione oddaje usługi miastu, a ubolewać tylko trzeba nad obojętnością dla jego funduszów ogółu, który korzystając na tak wielką skalę ze zbawiennego i praktycznego działania Towarzystwa nie poczuwa się do obowiązku popierania go materyalnie i gdyby nie pomoc od gminy i kilku instytucyj jak Towarzystwa ubezpieczeń i krakowskiej Kasy oszczędności, nie możnaby nawet myśleć o dalszem istnieniu Towarzystwa.

Z lekarzy brali udział w Zarządzie: Prof. Dr. Alfred Obaliński jako przewodniczący, Doc. Dr. Aleksander Bossowski jako zastępca przewodniczącego, Dr. Jan Buszek jako podskarbi, Prof. Dr. Stanisław Domański i Dr. Aleksander Wilkosz, jako członkowie Komitetu.

— **Nekrologia**. Zmarli: dnia 23. maja r. b. w Cylei w Styryi Dr. Paltauf, profesor medycyny sądowej w niemieckim uniwersytecie w Pradze w 32. roku życia; w Paryżu w dniu 9. Czerwca w 69 r. ż. Dr. Peter, Profesor patologii wewnętrznej, autor kilku cennych prac dawniej już wydanych z zakresu chorób wewnętrznych, znany przeciwnik odkryć Pasteura i Kocha, który pozostał odosobniony ze swemi poglądami w tej mierze równie jak nie mógł znaleźć zwolenników dla swej teoryi o cholerze wybuchłej w roku zeszłym w Paryżu. W Jaśle w dniu 3. Czerwca r. b. Dr. Józef Prusak, b. starszy lekarz wojskowy, w 29. roku życia.

— *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie* podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1893/4 zawakuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. Dra Walentego Koczorowskiego, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali, c) Strojeccy, synowie po Adolfie Strojeckim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzeczone stypendya, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 15. września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych w egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, prócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, Dr. *Brodowski.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 29.919. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

W szpitalu św. Łazarza w Krakowie opróżnioną jest posada Dyrektora szpitala; celem jej obsadzenia rozpisuje Wydział krajowy niniejszem konkurs:

Dyrektor pobierać będzie płacę o rocznych tysiąc sześćset (1600) zł. w. a. (3200 koron), będzie miał prawo do trzech dodatków pięcioletnich po trzysta (300) zł. w. a (600 koron) i obowiązek mieszkania w szpitalu, jeżeli w tym celu da się w przyszłości uzyskać odpowiednie umieszczenie; obecnie zaś pobierać będzie Dyrektor rocznie sześćset (600) złr. w. a. (1200 koron) tytułem relutum na opał i mieszkanie, które powinno znajdować się w pobliżu szpitala.

Posada ta jest stałą i daje prawo do emerytury.

Podania o nadanie tej posady mają być wnoszone do Wydziału krajowego **najdalej do 15. sierpnia b. r.**

Do podania załączyć należy metrykę chrztu, względnie urodzenia, krótki życiorys, dyplom doktora medycyny i chirurgii, uzyskany na jednym z Uniwersytetów Monarchii austryackiej, oraz świadectwo, stwierdzające uzdolnienie kandydata i dotychczasową działalność w służbie szpitalnej; warunkiem otrzymania tej posady jest także znajomość języka krajowego.

Z Rady Wydziału krajowego
Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem księstwem Krakowskiem.

We Lwowie, dnia 13. czerwca 1893.

111—3—1 *Grott.*

Chemiczno-farmaceutyczne laboratorium

„HYGEA“

MARYANA ZAHRADNIKA

W ZŁOCZOWIE

poleca **kapsułki i perełki** lecznicze

uznane

przez Tow. lekarskie krakowskie za najlepsze i najtańsze.

Cena za pudełko = 100 sztuk lub 2 pudełka po 50 sztuk:
Camphora monobrom. 0·05. Ol. Amyg. 0·20. **1 złr. 60 ct.**
Guajacol 0·05. Ol. Amyg. v. Jecoris 0·10 v. 0·25 **1 złr. 60 ct.**
„ **0·10.** „ „ „ 0·20 **2 złr. 20 ct.**
„ 0·05. „ Morrhuol 0·20 **2 złr. 60 ct.**
„ 0·05. **Natr. arsenicos. 0·001 1 złr. 80 ct.**
Kreosot 0·05 Bals. tolut. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 „ „ 0·20 **Natr. arsen. 0·001 1 złr. 60 ct.**
„ **0·10** „ „ 0·20 **1 złr. 50 ct.**
„ 0·05 Morrhuol 0·20 **2 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·10 v. 0·25 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 „ „ 0·20 **Natr. arsen. 0·001 1 złr. 40 ct.**
Morrhuol (Mercis) 0·20 **2 złr.**
Myrtolum (Mercis) 0·15 **2 złr. 50 ct.**

Przy zapisywaniu proszę **nie opuszczać godła „Hygea“** lub **firmy „Zahradnik“** celem uniknienia wydawania innych wątpliwej jakości i o wiele droższych wyrobów.

Część zysku przeznaczam na budowę Domu akademickiego.

105—x—1 *Maryan Zahradnik.*

Najłatwiej asymiluje żołądek ze wszystkich podobnych wód arsenikowo-żelazistych

Naturalna mineralna

Woda Gubera

zawierająca żelazo i arsen

ze **Srebrenicy** w Bośni

Nadzwyczaj skuteczną okazała się woda Gubera w: 1. wszelkich chorobach, wynikających z nienormalnego składu krwi, jak anemija, chloroza. 2. w wycieńczeniu po przebyciu osłabiających chorób jak po zwykłéj zimnicy lub po malaryi. 3. w chorobach kobiecych i następstwach tychże. 4. w chorobach skóry. 5. w chorobach nerwowych. 6. w pewnych odmianach tworzenia się nowotworów (Lymphoma).

Według analizy, którą przeprowadził c. k. z. a. profesor chemii medycznéj, radca dworu Dr. Ernest Ludwig, zawiera owa mineralna woda na 10 000 części:

bezwodnika kwasu arseowego	. 0·061
siarkanu żelazawego	. . . . 3·734

Wyłączne prawo rozsełki posiadają firmy:

HENRYK MATTONI 3—10—4

FRANCENSBAD **WIEDEN** KARLSBAD.
Tuchlauben, Mattoni-Hof.
Maximilianstrasse 5. — Wildpretmarkt 5.

Mattoni & Wille, Budapeszt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Dra Knorra Antipyrin

Marka ochronna „Lew“.



(patentowany)

wypróbowany i przez powagi zalecony środek przeciw chorobom gorączkowym, bólom głowy, newralgi, kokluszom, migrenie, reumat. (pląsawicy), obrzmieniom aorty, udarowi słonecz. influenzie, grypie.

Używać tylko Antipyryny Dra Knorra „Lew“.

Tuberculocidin 100 prct.
„ E. 100 prct. } Prof. Klebsa.
w ilości od 2, 5 i 10 ccm. w cenie M. 5·— za ccm.
Bliższe szczegóły o sposobie użycia zawiera broszura prof. Klebsa; na żądanie wysyłamy gratis.

Tuberculinum Kochii w flaszeczkach od 1 ccm. a M. 6.— we flaszeczkach po 5 ccm. a 25·— M.

Dermatol wynalazek Dra Heinza i Dra Liebrechta. Bezwonny środek leczniczy na rany, w wielu przypadkach zastępujący jodoform.

Zewnętrznie. Dermatol jest to środek zmniejszający czynność wydzielniczą i wskutek tego działający jako srodek wysuszający i przyspieszający gojenie rany. Nietrujący. Używa się w mieszaninach lub czysty.

jako przysypka: Dermatol.	jako proszek do nóg Rp. Dermat. 20·0
Amylum aa.	Talc. venet. 70·0
	Amyl. 10·0
Maść 10—20%.	DS. Proszek do zasypywania
Dermat. Collodium-Emulsion 10%.	Gaza Dermatolowa: 10 i 20%.

Wewnętrznie. W chorobach żołądka i jelit. Według prof. Colasanti (Rzym) najlepszy i najpewniejszy Anthidiarrhoicum nowszych czasów. — 0.2—0·5 jako proszek do 2·0 dziennie.

Agathin (podany do opatentowania). Wynalazek Dr. J. Roos. Wielokrotnie zalecany środek przeciw newralgii. Niezrównany w ischias, ze skutkiem używany w ostrych chronicznych reumatyzmach i newralgiach rozmaitego rodzaju.

Alumnol Wynalazek Dra Heinza i Dra Liebrechta. Łatwo rozpuszczalny adstringo antisepticum, skuteczny na jątrzące rany, abcessy, w Endometritis gonorrhoica, zwykłym Fluor, w ostrych zewnętrznych jakoteż chronicznych zapaleniach skóry, w Otitis media. (Używa się w proszku, rozczynach, maści, plastrach i t. p.).

Jedyni fabrykanci 15—26—11

Farbwerke vorm. Meister Lucius und Brüning, Höchst am Main.

Zakład wodoleczniczy

w Szczawnicy

Dr. J. KOŁĄCZKOWSKI, kierownik lekarski zakładu, ordynuje tamże w b. r.

Wzorowo urządzonych 120 pokoi do najęcia. Restauracya, mleko, kefir i t. p.

Prospekta i wyselkę wody ze zdroju Wandy i Szymona i t. p. załatwia

68—12—8 **Zarząd na Miedziusiu.**

ZAKŁAD KROWIANKOWY

P. Kretowicza

rozseła po dokonanej sekcyi cielęcia wypróbowaną przez c. k. lekarza powiatowego Dra Obtułowicza **świeżą i pewną krowiankę.**

Cena fioli dla p. Lekarzy 50 ct., w większych ilościach stosunkowo taniej. 96—3—2

Adres: Lwów, Kochanowskiego 52 lub c. k. szkoła weterynaryi.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.